

Kazuistika

Poruchy spánku u 81-ročného pacienta s obštrukčným spánkovým apnoe

Gabriela Šedivá, Eva Feketeová¹

Sleep disorder in 81 years old patient with obstructive sleep apnea

Súhrn

Insomnia je jeden zo symptómov psychiatrických ochorení a rovnako predstavuje rizikový faktor pre vývoj psychických porúch. Psychické poruchy môžu prispievať k výskytu insomnie u pacientov s obštrukčným spánkovým apnoe (OSA). Používanie GABA-ergných nondiazepínových zlúčenín je spojené so zlepšením spánku a má malý alebo žiadny efekt na apnoicko-hypopnoický index u pacientov s OSA. Vzhľadom k významnému prekryvaniu symptómov medzi insomniou a OSA, liečba týchto spánkových porúch je náročná a vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu.

Kľúčové slová: poruchy spánku, obštrukčné spánkové apnoe, nonbenzodiazepínové zlúčeniny.

Summary

Insomnia is a symptom of psychiatric disorders and also a risk factor for the development of these disorders. Psychiatric comorbidities may contribute to the occurrence of insomnia in patients with OSA. The use of GABAergic nonbenzodiazepine agents has been associated with improvements in sleep and has little or no effect on the apnea-hypopnea index in patients with OSA. Given the substantial overlap in symptoms between insomnia and OSA, treatment of these sleep disorders can be challenging and will require multidisciplinary collaboration.

Key words: sleep disorders, obstructive sleep apnea, nonbenzodiazepine agents.

Úvod

Poruchy spánku, ku ktorým patrí aj insomnia, sa radia medzi dôležité symptómy psychiatrických ochorení a rovnako sú rizikovým faktorom pre vznik psychických porúch. Pacienti s poruchami spánku majú často nediagnostikované obštrukčné spánkové apnoe (OSA), čo sú dve najčastejšie sa vyskytujúce poruchy spánku, problémy so spánkom pri komorbidnom výskyte OSA zvyknú byť vážnejšie. Výskyt psychiatrických ochorení môže prispievať k existencii porúch spánku pri OSA. Je dôležité tieto ochorenia diagnostikovať, liečiť, čo neskôr pomôže aj v liečbe OSA.

Obštrukčné spánkové apnoe je definované ako opakujúce sa apnoe a hypopnoe spôsobené kolapsom horných dýchacích ciest počas spánku, napriek pretrvávajúcemu ventiláčnemu úsiliu. Závažnosť OSA je najčastejšie charakterizovaná počtom apnoe a hypopnoe za jednu hodinu spánku.

Výsledkom apnoe a hypopnoe je prechodné prerušenie spánku, pričom spánkové narušenie vzhľadom k častému

prebúdzaniu môže viesť k neprimeranej dennej ospalosti alebo únave. Hlasné chrápanie alebo prerušovanie dýchania sú často registrované partnerom alebo samotným pacientom. Pacient udáva prebudenie s pocitom nedostatku vzduchu, lapania po dychu alebo dusenia, čo je príznačné pre OSA (Quan a Gillin, 1999).

Insomnia môže byť definovaná ako symptóm zahrňujúci spánkovo-špecifické problémy, ako sťaženie zaspávanie, skóre prebúdzanie, alebo môže predstavovať ochorenie označujúce spánkové a prebúdzacie symptómy (Ohayon, 2002).

Insomnia a OSA majú veľké negatívne dôsledky, zahrňujúce zníženie kvality prežívania, psychologické príznaky, pracovné problémy. Krátke trvanie spánku spojené s insomniou môže zvýšiť kardiovaskulárne riziká, a zvýšiť riziko rozvoja hypertenzie. Navyše, OSA je rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení, ako je hypertenzia, kongestívne srdcové zlyhanie, infarkt myokardu (Lanfranchi a spol., 2009).

Insomnia je charakteristickým príznakom psychiatrických ochorení, chronická insomnia môže byť aj nezávislým rizikovým faktorom pre rozvoj anxiety a depresie (Neckelmann a spol., 2007).

II. psychiatrická klinika Lekárskej fakulty UPJŠ a UNLP a ¹Neurologická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. Gabriela Šedivá,

II. psychiatrická klinika Lekárskej fakulty UPJŠ a UNLP, Rastislavova 43, 041 90 Košice

Krakow a spol. zistili, že u pacientov s SDB (sleep disordered breathing) a insomniou sa vyskytovalo viac kognitívnych a emocionálnych porúch, napr. porucha koncentrácie, mnestické poruchy, depresívna nálada, anxieta, iritabilita, hostilita, frustrácia, obavné myšlienky, pesimistické postoje v porovnaní s pacientami s SDB samotným (Krakow a spol., 2001).

Kazuistika z praxe

81-ročný pacient s mnohoročnou insomniou bol poukázaný na vyšetrenie do Ambulancie pre poruchy spánku a bdenia Neurologickej kliniky UN LP pre chronickú farmakorezistentnú nespavosť.

Rodinná anamnéza bez pozoruhodností, lieči sa na arteriálnu hypertenziu, diabetes mellitus II. typu kompenzovaný perorálnymi antidiabetikami, hyperpláziu prostaty, makrocytovú anémiu, prekonal cholecystektómiu, operáciu inguinálnej hernie. Z liekov užíva perindopril (ACE-inhibítor), kardioselektívne betablokátory, digoxin, antitrombotiká, perorálne antidiabetiká a diazepam v dávke 5mg na noc, pacient alergiu neudáva, škodlivé návyky neguje, je dôchodca, ženatý, býva v byte s manželkou. Pacient objednaný na hospitalizáciu za účelom polysomnografie pre insomniu. Večer zaspáva väčšinou okolo 21-22 h, v noci sa ale okolo 1-2 h zobudí a potom už nevie zaspať do rána.

Anamnestické údaje svedčili o prítomnosti viacročnej nespavosti s prejavmi dennej insuficiencie a poruchami zvlášť krátkodobej pamäti. Neboli zistené anamnestické údaje svedčiace o prítomnosti nepríjemných nutkavých pohybov DK viazaných na zaspávanie alebo prerušovaná ronchopatia ako možné príčiny organickej nespavosti pri syndróme nepokojných nôh alebo spánkovom apnoe. Napriek tomu vzhľadom k typickému habitu pacienta (pletora tváre a predĺžené mäkké podnebie- Mallampati III) sme indikovali nočné polysomnografické vyšetrenie. Toto vyšetrenie sa štandardne vykonáva s vysadením liekov, ktoré by mohli ovplyvniť jeho výsledok- sedatíva, antidepresíva, neuroleptiká, myorelaxanciá minimálne 2 týždne pred vyšetrením. Pacient napriek poučeniu prišiel na hospitalizáciu bez žiadanej redukcie liekov. Realizované PSG vyšetrenie potvrdilo prítomnú závažnú poruchu dýchania v spánku charakteru OSA pri krátkodobej redukcii liečby. Druhú noc pri nasadení plnej hypnotickej dávky došlo k výraznému prehĺbeniu poruchy dýchania, predpokladáme ako dôsledok podanej liečby. Pacient subjektívne noc s plnou hypnotickou dávkou hodnotil horšie ako spánok počas čiastočnej krátkodobej redukcie.

Diskusia

Navyšovanie dávky hypnotík môže byť príčinou prehĺbenia poruchy dýchania v spánku, ktorá spôsobila paradoxné zhoršenie nespavosti pri navýšení dávky hypnotík.

Použitie benzodiazepínov u pacientov so spánkovým apnoe je limitované, pretože použitie benzodiazepínov všeobecne je spojené so zníženým svalovým tonusom horných dýchacích ciest a zníženou ventilačnou odpoveďou na hy-

poxiu, takto sa teoreticky zvyšuje AHI (apnoicko-hypoapnoický index) a predlžuje apnoe (Hanly a Powles, 1993).

V štúdiu, kde sa porovnávalo 30mg flurazepamu s placebo, skupina pacientov s flurazepamom mala vyšší počet apnoických epizód (9.95 vs 5.35) a vyššiu dĺžku trvania apnoe (3.44min. vs 1.72min). Na druhej strane existujú štúdie, kde použitie benzodiazepínov nemalo vplyv na poruchy dýchania počas spánku.

Existujú štúdie, ktoré skúmali použitie GABA-ergických nonbenzodiazepínových látok (zaleplon, zolpidem, eszopiclone) u pacientov s OSA. Nonbenzodiazepínové látky majú hypnotický a sedatívny účinok podobný ako benzodiazepíny, ale niektoré (špeciálne selektívne pre GABA-receptory obsahujúce alfa1 podjednotky) môžu mať menej svalovo-relaxačných účinkov, preto sú výhodnejšie v liečbe insomnie pri OSA (Luyster a Buysse, 2010).

V štúdiu 16 pacientov so závažnou OSA, ktorí boli liečení účinným stupňom CPAP (continuous positive airway pressure), zavedenie 10 mg zolpidemu do liečby nezvyšovalo AHI alebo kyslíkový desaturačný index. Štruktúra spánku bola rovnaká pri užití zolpidemu aj placebo, okrem redukcie sťaženeho zaspávania pri užití zolpidemu. Táto štúdia predpokladá, že zolpidem nebráni účinnosti CPAP terapie u pacientov so závažným stupňom OSA. Dávka 20mg zolpidemu, ktorá je nad odporúčanou terapeutickou dávkou zvyšuje apnoický index a kyslíkovú desaturáciu, čo naznačuje, že bežná terapeutická dávka by u pacientov s OSA nemala byť prekročená (Luyster a Buysse, 2010).

Záver

Psychiatrické symptómy, ako je anxieta a depresia sa často vyskytujú spolu s insomniou a môžu ovplyvňovať CPAP adherenciu, napr. anxiózný pacient, ktorý cíti obavy, úzkosť môže byť veľmi blízko ku klaustrofóbiu, ktorá je spájaná s nízkou CPAP adherenciou, liečbu odmieta, alebo toleruje slabo.

Pre diagnostiku insomnie a porúch súvisiacich s insomniou je dôležité rozlišovať tri skupiny: insomniá súvisiaca s inými poruchami spánku, insomniá v súvislosti so somatickým alebo psychiatrickým ochorením, kde patrí aj závislosť od viacerých psychoaktívnych látok, a nakoniec primárna, idiopatická insomniá.

Veľmi dôležitá je medziodborová klinická spolupráca, týkajúca sa predovšetkým diagnostiky porúch spánku v súvislosti s výskytom psychických a neurologických porúch a následne liečba týchto porúch v spolupráci neurológa, psychiatra a psychológa.

Literatúra

Hanly, P., Powles, P.: Hypnotics should never be used in patients with sleep apnea. J Psychosom Res, 1993,37, s. 59-65.

Krakow, B., Melendrez, D., Ferreira, E., Clark, J., Warner, T.D., Sisley, B., Sklar, D.: Prevalence of insomnia

symptoms in patients with sleep-disordered breathing. *Chest*, 120, 2001, č. 6, s. 1923-1929.

Krell, S.B., Kapur, V.K.: Insomnia complaints in patients evaluated for obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*, 2005, 9(3), s. 104-110.

Lanfranchi, P.A., Pennestri, M.H., Fradette, L., Dumont, M., Morin, C.M., Montplaisir, J.: Nighttime blood pressure in normotensive subjects with chronic insomnia: implications for cardiovascular risk. *Sleep*, 32, 2009, č. 6, s. 760-766.

Luyster, F.S., Buysse, D.J., Strollo P.J.: Comorbid Insomnia and Obstructive Sleep Apnea: Challenges for Clinical

Practice and Research. *J Clin Sleep Med*, 6, 2010, č. 2, s. 196-204.

Neckelmann, D., Mykletun, A., Dahl, A.A.: Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*, 30, 2007, č. 7, s. 873-880.

Ohayon, M.M.: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*, 6, 2002, č. 2, s. 97-111.

Quan, S.F., Gillin, J.C.: New definitions of sleep disordered breathing-not yet a mandate in clinical practice. *Sleep*, 22, 1999, č. 5, s. 662.

Do redakcie došlo 10.1.2013.